

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-423237

AS6096

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10.938 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOU.NTASSAR.SALAH			
Date de naissance :			
Adresse : HAY EL HAMRA 02 RUE 03 SNN 12, APP 13, AFN CHOK, CASA			
Tél. : 06.61.21.63.89	Total des frais engagés : 133,70 Dhs		

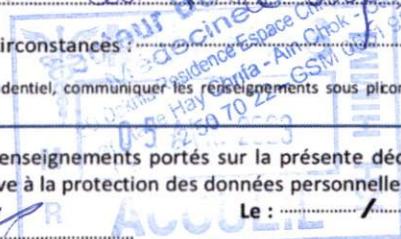
Cadre réservé au Médecin			
Docteur Bouchaïb DYANI Médecine Générale BD Dakhlia Residence Espace Chrifia Im A-App N° 2 1er étage Hay Chok - Afn Chok - Casablanca Télé: 05 20 70 23 - GSM 0661 95 72 88			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M. Moumtassar Salih Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : g. anémie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca, le 11/01/2013

Signature de l'adhérent(e) : M. Moumtassar Salih

Le : 11/01/2013



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

AIRES	
Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
<p style="text-align: center;">INPE</p> <p style="text-align: center;">INPE</p> <p style="text-align: center;">09 1045 92</p>	
<p style="text-align: center;"><i>Docteur Rouchaïb DYANI</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Médecine Générale</i></p> <p style="text-align: center;">Chifa Im 4-App N° 2 Casablanca GSM 0661 95 72 83</p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARNAZET Aminata BOUJAN Docteur en Pharmacie Tél: 05 22 52 35 Casablanca	24 / 03 / 23	283 f

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

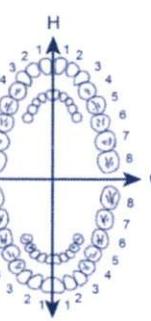
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V : 49DH80



haib DYANI
MÉDECINE GÉNÉRALE

ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME
CIRCONCISION

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa
Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage
Hay Chrifa - Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88

Résidence Avec Ascenseur

E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le 9/4/2023

Nom & Prénom : Dr. Nidhem FASSOUR Salah

À consommer de préférence avant fin /
Best before :

Lot n° / Batch n°:

PPC : 75,00 DH
V002-ETCARB30CPMC

6 111250 430333

730097.02.21

131,40

1. Spéfum 500 mg
Mps x 21, avant repas

49,80

2. Flagyl 500 mg
Mps x 21, au mi repas

75,00

3. Carbopiles
1mp x 21, après repas

27,50

4. Sparfon
mp x 21, av aut repas



Docteur Bechtaïb DYANI
Médecine Générale

BD Dakhla Résidence Espace Chrifa Im A-Appt N° 2
1er etage Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca
Tél 0522 50 70 22 - GSM 0661 95 72 88

pv 18aine

27,10

EN CAS D'URGENCE DE 8H À 20H APPELER 05 22 50 70 22 - APRÈS 20H APPEL